



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA- UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA- FCE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

IRISNEY DE MOURA CAVALCANTE

**AS AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS NA PERSPECTIVA DO
REDUTOR DE DANOS**

BRASÍLIA-DF

2014

IRISNEY DE MOURA CAVALCANTE

**AS AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS NA PERSPECTIVA DO
REDUTOR DE DANOS**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Prof^a. M^a Josenaide Engrácia dos Santos

BRASÍLIA- DF

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Ficha Catalográfica

Cavalcante, Irisney de Moura

As ações de redução de danos na perspectiva do redutor de danos/
Irisney de Moura Cavalcante. Brasília, 2014.

Nº de f. 53

Monografia (Bacharel em Terapia Ocupacional) – Universidade
de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Brasília, 2014.

Orientação: Prof^ª. Ma Josenaide Engrácia do Santos.

1. Drogas. 2. Redução de danos. 3. Redutores de danos.

IRISNEY DE MOURA CAVALCANTE

**AS AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS NA PERSPECTIVA
DOS REDUTORES DE DANOS**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de bacharel em Terapia Ocupacional.

BANCA EXAMINADORA

Heloísa Da Veiga Coelho
Enfermeira/Redutora de Danos

Psicólogo Wilson Vianna
Instituição: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/
Consultório de Rua de Ceilândia

Profª. Msc Josenaide Engracia dos Santos
Instituição: UnB-FCE

Aprovado em:

Brasília, 02 de julho de 2014

Dedico este trabalho a minha melhor amiga e redutora de danos, que desde a minha entrada na vida acadêmica, mesmo diante dos desafios, foi quem me estimulou com sua força de viver, de acreditar no possível e no impossível, na realização dos sonhos, na transformação do cotidiano, na esperança de viver um dia de cada vez, pois você ANA MARCIA, me fez provar do possível, do real palpável e de acreditar no meu sonho, com um simples gesto de amor o “ato de cuidar“. E a minha mãe que hoje não se encontra mais em nosso meio, mas jamais será esquecida por todos os ensinamentos, conduta e valores que me deixou, sinto sua presença em tudo que faço; IRINEIA (in memoriam) a mais bela flor do meu jardim de almas.

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que colaboraram direta ou indiretamente para a concretização deste trabalho;

Em especial a minha orientadora e professora Josenaide pela paciência, conhecimentos, inquietações, risadas, por acreditar no possível, pelo seu profissionalismo e por ser humanamente incrível, a qual me enche de admiração;

Agradeço também aos coordenadores do Programa de Redução de Danos-DF, pelo apoio e contribuição para o espaço da pesquisa, em especial ao Marcelo, por tornar resolutive todas as vezes que solicitei sua ajuda, aos redutores de danos Ana Márcia, Ana Carolina, Carlos e Rosiane pela generosidade e companheirismo para a conclusão deste trabalho;

Aos meus familiares pela compreensão, dedicação, paciência e confiança;

Aos amigos e em especial: Dóris, Regina Célia, Marco Antonio Uchôa, Fernando, Jessica, e a Librada Ester, por todas as vezes que necessitei e sempre estavam prontos a me ajudarem e pelo companheirismo;

As minhas amigas do coração Jeane Kelly e Flavia Soares, por estar ao meu lado em todos os momentos de alegrias e tristezas;

Aos amigos Heloisa e Paulo por terem acreditado que seria possível a realização desse sonho;

Ao meu filho por sua compreensão e carinho, nos momentos que teve que abdicar do prazer de estarmos juntos;

As professoras Marilac Meireles e Patrícia Escalda, as quais me ensinaram muito nos trabalhos multidisciplinares de campo;

E a Deus por todo amor e por que até aqui tem me ajudado.

"A felicidade aparece para aqueles que reconhecem
a importância das pessoas que passam em nossa vida."
Clarice Lispector

RESUMO

CAVALCANTE, I. M. **As ações de Redução de Danos na perspectiva do Redutor de Danos**. 2014. 53f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)- Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília (UnB), curso de Terapia Ocupacional, Brasília, 2014.

O presente estudo tem como objetivo compreender as ações de redução de danos na perspectiva do redutor. Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Optou-se como teoria conceitual metodológica o construcionismo social, o método mais adequado para conduzir o estudo, pois se entende, assim, que as ações humanas são relatáveis e observáveis e que, as falas e experiências dos atores sociais fornecerão dados relevantes para que o investigador, através dos encontros e conversas, amplie o acesso à produção de sentidos e à construção do mundo sociocultural desses sujeitos. O cenário da pesquisa está vinculado ao Programa de Redução de Danos. Sendo os sujeitos da pesquisa os Redutores de Danos. O instrumento de pesquisa foi entrevista semiestruturada. Análise de dados foi realizada por meio de Mapa de Associação de Ideias. Resultados. Obstáculos relacionados à falta de articulação em rede e necessidade de supervisão foram identificados no estudo. Foi possível encontrar como potencialidades a prevenção realizada no cotidiano, o compartilhamento construído pelos próprios usuários e as práticas educativas. Conclusão. É necessário caminhar no sentido de provocar uma reflexão nas ações de redução de danos por meio do olhar do redutor, para gerenciar junto à equipe a fragilidade no auto cuidado para com o redutor, com o intuito de superar os obstáculos e estimular as potencialidades.

Palavras chaves: Drogas; Redução de Danos; Redutor de Danos.

ABSTRACT

This qualitative research aims to understand the actions of harm reduction in the perspective of the person responsible for the reduction. The social constructionism has been chosen as methodological conceptual theory. It is the best method to conduct the study, since the human actions are descriptive and observable and the talking and experiences of the social actors will provide important data so that the researcher can improve, through meeting and conversations, the access to the production of meaning and the construction of the social-cultural world of these subjects. The research scenario is linked to the Harm Reduction Program and the instrument used for data collection was a semi-structured interview. The data analyses were performed using the Association of Ideas Map. Obstacles related to the lack of network articulation and the needs for supervision were identified in the study. In addition, it was possible to recognise as potentialities the prevention accomplished every day, educational practices and sharing built by the own users. It is necessary to move in order to provoke a reflection on the actions of harm reduction by the look of the person responsible for the reduction, so that the obstacles can be overcome and the potentialities can be stimulated.

Key Words: Drugs; Harm reduction; Person responsible for the reduction.

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas

DF - Distrito Federal

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

GAO - General Accounting Office

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IRAH - Associação Internacional de Redução de Danos

ONU - Organização das Nações Unidas

ONDC - Office of National Drug Control Policy

ONG - Organizações não Governamental

PS - Profissional do Sexo

PTS - Programa de Troca de Seringas

PRD - Programa de Redução de Danos

RD - Redução de Danos

RD - Redutor de Danos

UDI - Usuário de Droga Injetável

UD - Usuário de Droga

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	11
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1. Redução de danos no âmbito internacional	15
2.2. Redução de danos no âmbito nacional.....	18
2.3. Redutor de danos.....	19
3. OBJETIVOS	22
3.1 Objetivos Gerais:	22
3.2 Objetivos Específicos:	22
4. METODOLOGIA.....	23
4.1 Cenários da pesquisa	24
4.2 Sujeitos da pesquisa.....	24
4.3 Instrumentos de pesquisa.....	24
4.4 Análises de conteúdo	25
4.5 Aspectos éticos	25
5. RESULTADOS: Limites e Possibilidades	26
5.1. Obstáculos da redução de danos	26
5.2. Potencialidades da redução de danos	28
6. DISCUSSÃO	31
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS	33
APÊNDICE A	38
ANEXO A.....	39
ANEXO B.....	40

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O uso de substâncias psicoativas é uma atividade milenar. Essa prática é bastante complexa, e sua compreensão é carregada de conotações sócio-culturais (OLIVEIRA, 1992). Atualmente vivemos em uma sociedade “embriagada”, com o papel que a droga tem ganhado. Não só em relação ao uso de substâncias psicoativas, mas de outras condutas adictivas, como compulsão por fazer compras, comer, jogar, trabalhar ou vícios da humanidade. O consumo indiscriminado de drogas, incluindo o fenômeno de medicalização e comportamentos compulsivos são sinais de vulnerabilidade, fragilidade da capacidade integradora do corpo social (BUCHER, 1996).

O uso de substâncias psicoativas pode ser associado à necessidade de alívio da angústia, sendo próprio da condição humana. Quando se pensa em prevenção, o desafio é encontrar outro modo de tornar essa angústia suportável, propondo transformações e não alienação. Essa fragilidade tem sido percebida principalmente na sociedade urbana industrializada, onde se privilegia a dimensão da produção, do consumo e da competição, deixando de lado aspectos fundamentais da vida social, afetiva e comunitária. (BUCHER, 1996).

O fenômeno contemporâneo do uso de drogas não é algo periférico ou localizado entre os que desviam da ordem pública, mas é produto da própria sociedade, fruto de sua maneira de se organizar, produzir, dividir riquezas, atribuir valores (BRUCHER, 1992:3). O uso de drogas não se opõe ao funcionamento da sociedade, mas se insere nele. Insere-se na lógica do consumo, nas leis de mercado, na oferta e na demanda.

Sendo que, a necessidade de intervenção e cuidado com o usuário não pode ser centrada apenas na abstinência, mas também em ofertas diversas, incluindo neste rol as ações de redução de danos. Redução de danos constitui um conjunto de medidas de saúde públicas voltada a reduzir as consequências causadas pelo uso problemático de substâncias psicoativas, ou seja, aceita a possibilidade da presença de vários níveis de uso da(s) droga(s), ao mesmo tempo em que solicita ao usuário estratégias para minimizar os riscos intrínsecos a essas práticas (BIGG, 2001; TSUI, 2000 e MARLATT, 2002).

Embora toda ação realizada contra a produção, distribuição e consumo, considera impossível extirparem por completo as drogas (TREASTER, 1993). Os métodos fundamentados nessa filosofia enfocam os avanços gradativos feitos pelo usuário em direção ao não uso da substância ou a diminuição do comportamento danoso por não exigir a abstinência como pré-requisito para o tratamento – requisição do modelo baseado na abstinência (GARTNER, 1999 e MARLATT, 2002).

A Redução de danos iniciou-se na Inglaterra em 1926, com o Relatório Rolleston, que estabeleceu o princípio, segundo o qual médico poderia prescrever legalmente opiláceos para dependentes dessa substância, entendendo este ato médico como tratamento e não como gratificação da adição.

Somente nos anos 80 ações de redução de danos, foram sistematizadas em forma de programas. O primeiro surgiu na Holanda, no qual os usuários de drogas injetáveis cobravam do governo a disponibilização de serviços em saúde que diminuíssem os riscos de contaminação por doenças virais. (NÍEL e SILVEIRA, 2008).

A primeira tentativa no Brasil com as ações de redução de danos foi realizada em 1989, em Santos, devido ao advento da epidemia do HIV/AIDS por compartilhamento de seringas entre usuários de drogas injetáveis. O primeiro Projeto de Redução de Danos com as ações de troca de seringas foi em Salvador/BA em 1995. A primeira lei aprovada foi sancionada no Estado de São Paulo pelo Deputado Estadual Paulo Teixeira, em 1998. Estes dados foram marcos iniciais no Brasil e fazem parte da história da “Redução de Danos”. A partir deles foram implementados diversos projetos e programas contemplando esta estratégia de ação (NÍEL e SILVEIRA, 2008). As ações de redução de danos requerem um perfil profissional, reconhecido como “redutor de danos” indivíduo que vai a campo, ou seja, local usado para o consumo de drogas pelos usuários, ele faz o contato com a população alvo, realizando a identificação e criação de vínculo. Segundo Marlat (2002) o principal papel de trabalho de campo, deveria ser desempenhado por ex-usuários ou usuários que detêm o controle no uso de substância psicoativa, pois o fato de serem reconhecidos como membros da comunidade facilita a comunicação e inserção com os usuários em problemática com as drogas, mas este perfil vem se modificando, devido as experiências adquiridas pelos profissionais de saúde com as ações de redução de danos desenvolvidas no âmbito de saúde da atenção primária. A questão que nos motiva é: Como esses profissionais percebem a redução de danos? O que eles identificam como limites e alcances?

2. REVISÃO DE LITERATURA

O uso de substâncias que alteram a consciência e a percepção não é algo caracterizado da contemporaneidade, e sim, um comportamento histórico. A definição, a percepção humana e o julgamento moral sobre o uso indiscriminado de drogas cresceram arbitrariamente nos últimos séculos, o álcool tem seu papel principal, por ser a substância de uso difundido e antigo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualquer substância não produzida pelo organismo que tenha o domínio de atuar sobre um ou mais sistemas, causando alterações em seu funcionamento, define-se como “droga psicoativa”. O uso de álcool e outras drogas vêm expressando significados distintos de acordo com o processo na história. De acordo com a OMS, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente de sexo, idade, nível de instrução e poder aquisitivo (BRASIL, 2004, p.5).

Segundo Macrae (2001) o uso de plantas e outras substâncias que proporcionam alterações dos sujeitos, seja comportamental ou psíquico, são utilizados desde os primórdios. Dessa forma, relatam o uso como sendo mediador de diversos fatores com amplas finalidades, as quais podem ser de cunho medicinal, recreativo, religioso, entre outros (ALVES, 2009).

O fenômeno que traduz a vinculação problemática do sujeito com as ‘drogas’ vem sendo uma questão que tem preocupado os mais diversos segmentos e instâncias sociais, pois, a partir do momento em que se tornou visível, teve-se um significativo aumento de usuários com danos associados ao uso de substâncias e sendo visível também a intensificação do narcotráfico (RIBEIRO, 1999).

Segundo dados do CEBRID (2005) verificou-se que em 2001, 19,4% dos entrevistados já haviam usado algum tipo de droga, ou seja, uso na vida e, em 2005 este número foi para 22,8%, o que corresponde a uma população estimada de aproximadamente 11.603.000 pessoas, excluindo-se da análise o Álcool e o Tabaco. O uso na vida de maconha em 2005 surgiu no ranque em primeiro lugar entre as drogas ilícitas, com 8,8% dos entrevistados, demonstrando um aumento de 1,9% em relação ao levantamento de 2001.

Quando há referência às drogas, há também de se ter em mente que estas envolvem tanto as lícitas (como álcool e tabaco) como as ilícitas; e a importância de que seja marcada esta questão passa pelo fato de que são exatamente as drogas legais, que têm atingido o maior número de pessoas causando danos mais importantes. Pensando nisso, Noto e Galduroz (2009) apontam, segundo estudos, o álcool como responsável por cerca de 90% das internações por dependência.

De acordo com a revista Super Interessante (2002), a Organização das Nações Unidas (ONU) estima que 1,5 bilhões de pessoas sofrem de alcoolismo, contra 55 milhões de dependentes de

drogas ilegais. No Brasil, o alcoolismo ocupa o quarto lugar entre as doenças que mais incapacitam, e o tabaco recebe destaque para as substâncias psicoativas que mais acarretam prejuízos financeiros ao sistema de saúde em função de uma multiplicidade de doenças associadas (RIBEIRO, 1999).

Segundo a ONU (2001), atualmente há 180 milhões de usuários de drogas no mundo. E de acordo com o relatório de 112 países no mês de dezembro de 2001, percebe-se um aumento no uso de drogas ilegais, demonstrado pelo aumento do consumo de maconha, cocaína, heroína e anfetamina, que aumentou em 60% nestas nações entre 1996 e 2001. Além disso, triplicou a produção mundial de ópio e dobrou a de coca entre 1985 e 1996.

No que diz respeito à realidade nacional, Ribeiro (1999) elucida que as consequências diretas e indiretas do uso abusivo de substâncias psicoativas são percebidas não apenas no contexto da rede pública de saúde, mas principalmente nas várias interfaces da vida social: na família, no trabalho, no trânsito, na disseminação do vírus HIV entre usuários de drogas injetáveis, mulheres e crianças e no aumento da criminalidade.

O Brasil, por ser o maior país da América Latina e por conter muitas divisões de regiões, possui diferenças marcantes no que tange a peculiaridades culturais refletindo também numa variedade de cenário de uso de drogas psicotrópicas. O consumo de cocaína, por exemplo, concentra-se em algumas regiões do país (sul e sudeste) e é praticamente inexistente em outras.

Em relação aos dados sobre a prevalência do uso de qualquer droga psicotrópica, houve, segundo o CEBRID (2005), bastante variação, tanto em relação ao sexo como à faixa etária estudada. No Brasil, como nos demais países com os quais nossos dados estão sendo comparado, o uso na vida de álcool foram maiores para o sexo masculino quando comparado ao feminino. Ainda de acordo com o CEBRID (2005), a prevalência de entrevistados classificados como dependentes de álcool alcançou 12,3% da amostra, sendo maior para o sexo masculino (19,5%) do que para o feminino (6,9%). Em 2001, as prevalências obtidas foram, respectivamente, 11,2%, 17,1% e 5,7%.

Ainda fazendo menção às diferenças de padrão de consumo entre homens e mulheres, Noto e Galduróz (1999) apontam que também as drogas ilícitas (como por exemplo: cocaína e maconha) são mais consumidas por homens, já os medicamentos psicotrópicos (por exemplo: anfetamina) preferidos pelas mulheres.

Em relação ao estado civil da amostra estudada, ainda conforme CEBRID (2005), os dados obtidos mostraram que há um equilíbrio entre as pessoas casadas e solteiras (44,6% e 43,0%, respectivamente). Na comparação entre os levantamentos de 2001 e 2005 nota-se que foram mantidas as porcentagens de desquitado-divorciados, ao redor de 7%. A classe socioeconômica que predominou foi semelhante ao observado em 2001, a classe C (36% e 37% respectivamente), porém houve crescimento da classe D, de 29,0% em 2001 para 36,0% em 2005, ao mesmo tempo em que a

classe E diminuiu de 10,0% para 6,0% em 2005, segundo os critérios utilizados para essa classificação nos dois anos (ABIPEME, 1978).

Quanto ao grau de escolaridade, constatou-se que em 2005, dos 28,3% entrevistados eram não letrados ou não tinham completado o primeiro grau, ao contrário de 2001 onde 35% estavam nessa categoria. Vale lembrar que, nesta categoria, estão pessoas da faixa etária de 12 – 17 anos de idade e, ainda cursando o ensino fundamental, inflacionando, portanto, a prevalência neste grau de instrução.

Em relação ao uso na vida de “Crack”, a porcentagem foi de 1,5% para o sexo masculino, dados de baixa precisão quanto da expansão, o que corresponderia a aproximadamente 371.000 pessoas do sexo masculino que já tiveram contato com essa forma de cocaína. Esta porcentagem brasileira de 1,5% é bem inferior ao observado nos EUA com 3,3% (SAMSHA, 2006).

O conhecimento destas peculiaridades é de fundamental importância para subsidiar o processo de realização de políticas públicas. Porém, no Brasil, ainda há um déficit no conhecimento da real dimensão do consumo de drogas, o qual resulta numa carência de estudos relacionados (NOTO e GALDURÓZ, 1999).

O mapeamento acerca do uso de drogas no Brasil tem como proposta trazer alguns pontos conceituais entre a multiplicidade de usuários de substâncias psicoativas. Tal aspecto se faz fundamental para a compreensão do seu pensamento teórico e para a visualização das relações entre a construção de diferentes saberes e exercícios de poder, atravessados pelos singulares modos de intervir e pensar a problemática do uso e abuso de drogas. Nesse cenário entra a redução de danos.

2.1. Redução de danos no âmbito internacional

A Redução de Danos é um tema de grande complexidade e como tal, esta abordagem se propõe a reduzir riscos e danos quanto ao uso de substâncias psicoativas. Para Andrade (2010) a RD pode ser facilmente pontuada a partir de suas práticas que se configuram em ações que visam à minimização dos danos ou riscos de natureza biológica, psíquica, social e econômica, provocadas ou secundárias ao uso e abuso de drogas, não necessariamente exigindo a abstinência ou redução do consumo dessas (IRA, 2013). Para Elias e Bastos (2011) tais medidas configuram-se em alternativas que envolvam menores riscos tanto para o consumidor quanto para a coletividade. Este tipo de abordagem abrange pessoas que não querem, ou por algum motivo, não conseguem interromper o consumo de drogas (FONSECA e BASTOS, 2005).

Um marco histórico da Redução de Danos de ser uma ação designada para o consumo de substâncias ilícitas teve sua origem no continente Europeu, mais especificamente na Inglaterra com

o relatório de Rolleston, instaurado em 1926. Este dizia que sujeitos que se encontravam em situação de dependência de opiáceos poderiam, desde que sob prescrição médica, receber tais drogas, com vistas a uma vida mais estável e com a possibilidade de diminuição das conseqüências danosas à sua saúde (O'HARE, 1994 apud SANTOS, 2008).

Nos anos seguintes alguns movimentos no contexto Europeu influenciaram a entrada da RD nas estratégias de Saúde Pública. Bastos (1998) menciona que o ano de 1984 foi marcando pela iniciativa das Associações locais de usuários de drogas (JUNKIEBONDEN) da Holanda, a qual, em resposta ao surto de contaminação das hepatites virais (em sua maioria do tipo B e C), deu-se o início da prática de troca de Seringas. Inicialmente a questão da disseminação do HIV não se mostrava evidente para os usuários de drogas injetáveis, apesar de já ser um problema emergente. Diante disso e com o objetivo de prevenção à transmissão de doenças, os usuários passaram a realizar a troca das seringas, o que levou ao primeiro Programa de Troca de Seringas (PTS's).

Tal atitude dos usuários de substâncias veio trazer à luz a negligência sofrida por essas pessoas, tendo em vista que não havia até o momento nenhuma atenção especializada ou uma ação que incluía em sua pauta a prevenção da contaminação pelo compartilhamento de seringas. O que se via até o momento eram medidas repressivas, as quais marginalizavam esta população ao invés de atender suas necessidades (ALMEIDA, 2003).

Bastos, Karam e Martins (2003) apud Almeida (2003), incluem que é válido lembrar a participação ativa dos usuários e a responsabilidade da criação do Programa destinado a eles. Porém, a crescente participação dos profissionais de saúde fez com que a iniciativa fosse compreendida como uma medida e ação de saúde pública.

Outro marco histórico se deu na década de 1980, durante o crescimento da 'epidemia' de HIV e da consciência desta, como sendo uma 'problemática' de saúde pública. Sua ação se convergia de um modo mais formal nos PTS's e nos tratamentos de substituição, estruturando dessa maneira respostas sociais mais flexíveis ao uso de substâncias psicoativas principalmente no Norte da Europa e nos Países Baixos (FIORE, 2006). Através do surgimento da questão da AIDS essas estratégias começaram a compor a pauta de discussões como possíveis práticas e abordagens de prevenção à transmissão do HIV (PETUCO, 2006).

O Reino Unido no período de 1986 e 1987 se viu em risco iminente com a perspectiva de uma rápida disseminação do HIV entre os usuários de drogas injetáveis. Dessa forma, houve a iniciativa de um programa piloto de troca de seringas que seria desenvolvido principalmente na Escócia e Inglaterra (STIMSOM, 1998). Vale ressaltar que ele foi o segundo país a implementar um PTS's. Segundo Stimsom (1998) tais programas fizeram os primeiros desdobramentos de minimização/redução de danos e modificações no que diz respeito à filosofia de trabalho e práticas relacionadas aos serviços que lidavam com a temática das drogas.

Já nos Estados Unidos a ideia de um PTS's foi recebida com grande resistência tanto por parte da população quanto por alguns políticos. A acirrada controvérsia acerca deste tipo de serviço foi tanta que, desde o primeiro deles o ser instaurado pelo menos trinta e cinco pessoas foram presas (LURIE, 1998). A discussão acontecia em meio a um cenário político conturbado e que deixava clara a dicotomia de idéias acerca do assunto. Uma prova disso pode ser mencionada com um relatório publicado em 1992 pelo ONDC (Office of National Drug Control Policy), intitulado como: "Programas de troca de seringas: São eles efetivos?" o qual concluía que:

Não resta dúvida de que a distribuição de seringas favorece o consumo de drogas e solapa a credibilidade da mensagem endereçada a sociedade de que consumir drogas constitui um ato ilegal e moralmente condenável (MARTINEZ, 1992 apud LURIE, 1998).

Os defensores, entretanto, também puderam explicitar seus argumentos a partir de um relatório do General Accounting Office (GAO), o qual citava o PTS como uma estratégia promissora (PETUCO, 2006).

Pode-se dizer que a postura americana negativa com relação a Redução de Danos se deve ao fato desta não envolver necessariamente incompatibilidade com o uso continuado de drogas. Sendo assim, Drucker e Clear, (1998) apud Fonseca e Bastos (2005) mencionam que a intensa contestação com relação à RD pode ser entendida pelo processo histórico de 'guerra contra as drogas' na história social norte americano.

Bastos et. al (2006) fazem menção acerca da América Latina a qual possui uma abordagem que compreende baixa tolerância ao uso, o emprego de táticas de repressão e busca uma sociedade livre das drogas. Porém, ao final dos anos 90 ações e mobilizações que visavam à prevenção dos usuários de drogas injetáveis e de não injetáveis começaram a ter sucesso, tendo destaque para a Argentina e Brasil.

A filosofia de redução de danos é defendida e difundida mundialmente pela Associação Internacional de Redução de Danos (IRAH). Esta foi a primeira ONG que trabalhou com RD no mundo inteiro, conforme apontou Gorgulho (2008), fazendo interface entre o consumo de substâncias e a disseminação do HIV e da hepatite, e depois pensando mais na questão do tratamento de abstinência. Após algum controle dessa forma de infecção por uso de drogas injetáveis, o grupo partiu para a busca de alternativas de tratamento de substituição que não fosse só de abstinência. Tal associação é considerada nos debates e nas definições de políticas dos organismos das Nações Unidas como interlocutor de peso que traz outra percepção dos usuários de substâncias, bem como, promove pesquisas sobre as diferentes formas de tratamento e também sobre epidemiologia. As grandes ações são as conferências internacionais, que acontecem todos os anos, nas quais são apresentados os desenvolvimentos, campo dos achados médicos, psicológicos, sociológicos e

antropológicos, além da inclusão de novos profissionais nesse debate, porém ainda prevalece o paradigma de guerra às drogas (GORGULHO, 2008).

2.2. Redução de danos no âmbito nacional

Com a chegada da cocaína no Brasil em meados do século XX, tendo seu uso reservado somente para as pessoas que possuíam um poder aquisitivo considerável, para que pudessem manter o sustento do uso da substância, não foi suficiente para que nos anos depois com sua disseminação pelas classes sociais o uso de drogas viesse a se tornar algo corriqueiro e banal no meio da sociedade, consumo este que trouxe consigo diversas problemáticas do uso das substâncias psicoativas, quanto ao uso exagerado, ou seja, perdendo-se o controle e levando vários indivíduos a dependência. (DOMANICO e MACRAE, 2005).

Mesquita (1992) e Bastos (1996) relatam com o aumento considerável de pessoas com HIV/AIDS, em consequência do uso de droga injetáveis, principalmente nas cidades que faziam parte da rota do tráfico, sendo o caso de Santos, cidade litorânea do estado de São Paulo, que nos anos 80 foi considerada a “capital da AIDS”. Na busca de reduzir os casos alarmantes de AIDS entre os usuários de drogas injetáveis na cidade de Santos, deu-se início ao primeiro programa de redução de danos no Brasil (BUENO, 1994). Tendo como objetivo principal a minimização da epidemia do vírus entre os usuários de drogas injetáveis devido ao compartilhamento no uso da seringa. Em meio a diversos desafios e lutas para manter o programa, foram surgindo novos atores em outras capitais, como foi o caso na Bahia, nos anos 90, depois em Porto Alegre e por fim com a regulamentação do trabalho acontecendo em 1999.

No Distrito Federal, a Redução de Danos surgiu a partir da percepção de algumas pessoas, as quais, frente aos dados disponibilizados pela Vigilância Sanitária da Coordenação de DST/AIDS, participavam das discussões que atrelava a RD a uma estratégia alternativa de prevenção às DSTs/AIDS. Tais dados mencionavam que da totalidade dos casos de HIV positivo do DF, 22% estavam relacionados ao uso de drogas injetáveis. Em 1998, houve a participação de alguns profissionais que estavam envolvidos com este processo na IX Conferência Internacional de Redução de Danos, o que possibilitou o contato com diversos atores envolvidos com a temática e também com diversos técnicos de projetos de RD que estavam se desenvolvendo no país (PEREIRA, 2007).

Segundo Pereira (2007), neste mesmo ano, no mês de abril, o Projeto de ação inicial de RD foi apresentado à Coordenação do Programa de DST/AIDS, sendo nos meses subsequentes realizadas reuniões entre pessoas envolvidas com a saúde/assistência social e na formulação de políticas do DF

e os idealizadores do projeto para que as propostas pudessem ser levadas a maiores instancias de aprovação. Pensando por esta ótica Filho et al (2009, p.304) acrescenta que:

O desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos eficazes e factíveis dependem da efetivação de novas parcerias para ser otimizada (...) que tragam novas possibilidades, melhorias e avanços para ações frente aos usuários de drogas. (FILHO et. al 2009, p. 304)

Em agosto de 1999 o financiamento do projeto foi liberado, porém, tendo em vista algumas dificuldades operacionais por parte da Secretaria de Estado de Saúde do DF, o recurso foi somente disponibilizado, de fato, em 2000 (PEREIRA, 2007).

Pereira (2007) coloca também que o PRD-DF compõe a Gerencia de DST/AIDS da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e segue os mesmos pressupostos das diretrizes do Ministério da Saúde. Sendo assim, ele trabalha com a perspectiva da Prevenção das DSTs, como por exemplo, a hepatite B e C e também o HIV/AIDS.

O Programa de Redução de Danos do Distrito Federal – PRD-DF completou, em 2013, quatorze anos de existência. Este foi criado em acordo com as atuais políticas públicas - do Ministério da Saúde e também de políticas internacionais - na questão de uso de drogas. As áreas de atuação que são abrangidas pelo programa são divididas por núcleos. Cada um deles é composto por distintas Regiões Administrativas e acessado também por equipes diferentes. Cada núcleo é composto por três redutores. As áreas são: *Núcleo Norte*: Paranoá, Itapoã, Sobradinho, Varjão e Planaltina. *Núcleo Central*: CONIC, Rodoviária, Asa Norte, Vila Planalto e ‘Favelinha’. *Núcleo Leste*: Estrutural, Ceilândia, Taguatinga e Samambaia. *Núcleo Sul*: Gama, Recanto das Emas e Santa Maria.

Atualmente as atividades estão sendo incorporada a rotina de algumas unidades de saúde, e outras unidades estão sendo capacitadas para atenderem os usuários de drogas na perspectiva da redução de danos. Atualmente existem 13 (treze) redutores e um supervisor de campo, contratados por uma ONG, para execução do trabalho de campo. Os redutores de danos passam por uma capacitação, na qual apreendem algumas técnicas para atuarem em campo e também obtêm informações no que tange a temática das drogas. Eles fomentam espaços de escuta e de reconhecimento da singularidade de cada sujeito. Juntamente com os usuários, traçam estratégias promotoras de saúde e que, de alguma forma, garantam os direitos dos mesmos, como cidadãos (FONSECA, 2012).

2. 3. Redutor de danos

“Suponho que me entender não é uma questão de inteligência e sim de sentir;
De entrar em contato... Ou toca, ou não toca”.
Clarice Lispector

Os redutores de danos são sujeitos que vão a campo, ou seja, local utilizado pelo usuário de drogas para consumo - sendo fixo ou não - realizando contato com as pessoas para estabelecimento de vínculo, apresentam a proposta de trabalho para a população alvo, dialogam e trocam não apenas os equipamentos, mas sentimentos, informações e experiências de vida, fazem a identificação dos usuários, território e tipo de substância mais utilizada, em cada área executam as tarefas de prevenção e promoção a saúde desses indivíduos, visando a mudança de hábitos, ou seja, desde a higiene pessoal até do próprio local que são utilizados pelos usuários em suas práticas e gradativamente no comportamento, atitudes e práticas frente às drogas (BRASIL, 2003). Segundo a cartilha de redução de danos, conceitua-se que para ser um redutor de danos necessita ter características singularizadas, sendo pessoas que fazem uso ou já fizeram; pessoas próximas ou familiarizadas com o universo do uso; abertas à linguagem e às dimensões de realidade. (BRASIL, 2004).

É importante salientar a visão de alguns profissionais de saúde com relação às ações de redução de danos, o papel do redutor e as reflexões propostas que consistem em elucidar os conceitos de redução de danos, e a colaboração para maior compreensão das definições e das ações promovidas pelos redutores de danos.

Segundo Brasil (2004, p. 69) - DST/AIDS:

Redução de Danos é uma forma de relação com a vida ou ausência de vida. De maneira mais específica, é um modo de compreender e intervir com a problemática do uso de drogas e os danos sociais associados a este. Trata-se, portanto, de um conjunto de saberes e tecnologias que dão corpo a uma política pública e social, norteadas pelos princípios da transversalidade, integralidade, equidade, universalidade, participação/control social. De forma ampla, pretende o resgate profundo do estatuto de cidadania no corpo social (CONTE et al, 2004, p. 69).

Sendo que, o redutor de danos por meio da construção de vínculo busca promover o resgate, ou seja, a reconstrução dos elos entre usuário de drogas e desvinculando das doenças do corpo social, como explica Vinadé (2004, p. 69) que:

Redução de Danos Ampliada é uma estratégia de ação no que tange à problemática do uso de drogas, buscando um resgate de cidadania e reinserção social através da avaliação individual e subjetiva dos danos associados. O conceito ampliado busca uma ação transversal, fazendo com que se possa problematizar a temática da RD no cruzamento com outras áreas, além de superar a dimensão simplista, muitas vezes presente na troca de seringas. Seus conceitos fundamentais são: vínculo real diferente de ideal, autonomia, ética e universalidade (CONTE et al, 2004, p.69).

Com tudo, cada vez em que os profissionais de saúde se aprofundam nos conceitos de redução de danos, conseguem compreender melhor que vai além da distribuição de insumos o papel do redutor. Facilitando sentidos de laço social, de inclusão e de cidadania. Junto com a troca de seringas, os usuários, ao se sentirem investidos, passaram a trocar olhares, cuidados, informações,

pedidos de encaminhamentos e demanda para tratamento da dependência química, entre outros. A complexidade das ações de redução de danos requer cada vez mais estudos, não apenas do ponto de vista dos usuários, gestores e acadêmicos, mas principalmente os próprios redutores de danos.

Na atualidade, um novo perfil vem surgindo, profissionais de saúde que estejam motivados e que tenham empatia para trabalhar com o objetivo de promover saúde aos usuários de drogas, vem ocupando um novo espaço com alguma medida de condutas e segurança nas estratégias de aproximação, entre redutores e usuários. (NÍEL e SILVEIRA, 2008). Seguindo neste novo momento, fez surgir formas diferenciadas em busca de novos profissionais para atender a população usuária, a Escola de Redução de Danos, resultados de parcerias entre governo e centros acadêmicos em diversos estados brasileiros, realizando capacitações de profissionais de saúde ou membros da população para atuação na abordagem com pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, partindo da concepção que a saúde é um direito fundamental do ser humano.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivos Gerais:

Compreender as ações de redução de danos na perspectiva do redutor de danos.

3.2 Objetivos Específicos:

1 - Descrever possíveis limites das ações de redução de danos a partir do olhar do redutor de danos;

2 - Identificar os alcances das ações de redução de danos a partir do olhar do redutor de danos.

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma modalidade de pesquisa qualitativa, que procura escutar os participantes para contemplar aspectos da subjetividade que emergem nas fala e nas ações.

Segundo Minayo (1996, p. 205) “(...) a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis (...)”.

A base metodológica será o Construcionismo Social que segundo Spink e Frezza (2004b) é baseado em 3 eixos fundamentais: tipificação, institucionalização e socialização, que juntos explicam como se dá o processo de produção de sentido na vida cotidiana. Não adotando nenhum conceito prévio como verdade absoluta, pois essa teoria delineia que os conceitos que utilizamos para descrever e explicar fenômenos das construções humanas, produto de nossas convenções e peculiaridades, portanto entende-se que o ser humano é um “produto social” imerso numa dinâmica de conservação e ruptura que moldam a realidade e possibilitam a ressignificação e a transformação social.

A abordagem do construcionismo social foi escolhida como o método mais adequado para conduzir o estudo, pois se entende, assim, que as ações humanas são relatáveis e observáveis e que, as falas e experiências dos atores sociais fornecerão dados relevantes para que o investigador, através dos encontros e conversas, amplie o acesso a produção de sentidos e a construção do mundo sociocultural desses sujeitos (SPINK, 2000 e COULON, 1995).

A significação da linguagem advém das formas através das quais funcionam no interior de determinados padrões de relacionamentos, isto é, as palavras ganham significados a partir de seu uso social, das maneiras pelas quais são empregadas nos relacionamentos. A linguagem não possui apenas um papel reprodutivo, nem é simplesmente um reflexo da realidade, mas sim, exerce uma função criativa ou de (re)interpretação da realidade (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001).

4.1 Cenários da pesquisa

A pesquisa será realizada no Centro de Saúde de Brasília nº 11 SGAN 905 - Asa Norte, local sede do programa de Redução de Danos que é vinculado ao Núcleo da Gerência de DST/AIDS e Hepatites Virais da Secretaria de Saúde do Distrito Federal- SESDF.

4.2 Sujeitos da pesquisa

O estudo será realizado com redutores de danos que consentirem em participar, seguindo-se, assim, as recomendações éticas sobre pesquisas com seres humanos, previstas na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Critério de inclusão maior de 18 anos e redutor de danos atuante a mais de 1 ano.

4.3 Instrumentos de pesquisa

O instrumento utilizado para a coleta de dados será uma entrevista semiestruturada .Segundo Minayo, (2004), o objetivo deste instrumento é provocar várias narrativas possíveis das experiências relatadas pelos redutores danos com as ações de redução de danos, ou seja, vivências que o pesquisador vai avaliar as interpretações e sua visão social estabelecida nesta ação.

Este instrumento deve ser construído de forma flexível para permitir a interlocução entre os participantes da pesquisa, levando em consideração as seguintes questões:

“(...) o guia de entrevista deve conter apenas alguns itens indispensáveis para o delineamento do objeto em relação a realidade empírica, facilitando abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação (MINAYO, 2004 p.191).

O anonimato dos participantes foi garantido por meio da utilização de nomes de personagens de filmes, relevantes ao tema abordado neste trabalho, não tendo nenhuma associação de características, apenas aleatoriamente por identificação de sexo e causar uma aproximação com o leitor, conforme explicitado: Johnny, Sara, Christiene e Maria Cheia da Graça.

4.4 Análises de conteúdo

Após a transcrição literal das entrevistas, a análise dos dados foi realizada através do Mapa de Associação de Idéias, que é um recurso de visualização que tem objetivo de dar subsídios ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos do processo interpretativo (SPINK e LIMA 2004).

De acordo com Spink (2010, p. 38), os mapas“(...) são instrumentos de visualização do processo de interanimação que possibilitam, entre outras coisas, mostrar o que acontece quando perguntamos certas coisas ou fazemos certos comentários”.

O Mapa de Associação de Ideias se constrói inicialmente através da definição de categorias gerais, geralmente retiradas dos objetivos específicos da pesquisa.

Para análise de conteúdo, busca-se organizar o conteúdo das transcrições a partir das categorias propostas. Contudo, diferentemente daquelas técnicas, mantém-se a sequência das falas do entrevistador e entrevistado de forma a preservar o caráter dialógico e local da produção de sentidos sobre determinada categoria. Assim, tendo construído uma tabela com o número de colunas de acordo com as categorias criadas, a transcrição é transposta integralmente, sendo os trechos deslocados conforme a coluna/categoria pertinente.

Essa técnica do Mapa de Associação de Ideias envolve as seguintes etapas:

a) será utilizado um processador de dados tipo *Word for Windows* e digitado toda a entrevista; Transcrição das entrevistas.

b) será construída uma tabela com números de colunas correspondentes as categorias utilizadas; Construção de tabelas com as seguintes categorias.

c) será utilizado as funções cortar e colar para transferir o conteúdo do texto para as colunas, respeitando-se a sequência do diálogo; Transcrição dos conteúdos das entrevistas para a tabela conforme categorização. (SPINK e LIMA, 2004, p.107-8).

4.5 Aspectos éticos

Obedecerá as normas e diretrizes que regulamentam a pesquisa que envolve seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 466, de 10 de dezembro de 2012, esta pesquisa se compromete a atender as exigências éticas e científicas fundamentais estabelecidas e a tratar os sujeitos envolvidos em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade. As participações dos sujeitos serão voluntárias e tendo como critério a assinatura do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE II). O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa.

5. RESULTADOS

A identificação dos obstáculos e das potencialidades das ações de redução de danos surgidos nos repertórios dos redutores se apresentam em duas dimensões: Limitações das ações de Redução de Danos e Potencialidades da Redução de Danos.

5.1. Obstáculos da redução de danos

Nossa primeira categoria foi definida como obstáculos da RD. As narrativas retratam as dificuldades de operacionalizar a RD quando a mesma é pensada em termo de atender demandas e articulação de rede. A RD aparece no contexto de atividades não realizadas. De acordo com os redutores a RD não possibilita atendimento de demandas e falta resolutividade. É um trabalho vivo, que não produz efeitos necessários, de acordo com os princípios de saúde pública e direitos humanos.

***John diz:** Complicado e frustrante, porque o nosso trabalho ele é limitado, por ns motivos, dificultadores que agente passa, por exemplo, é.., a gente tem um carro mais não tem.., o carro que serve pra determinada atividade, para a locomoção da equipe de redução de danos, determinado local, a minha frustração é exatamente nisso, a gente não tem... tanto só argumento, mais agente precisa de mais, eu adoraria se tivesse uma combi, pra fazer só setor comercial sul de 2º a 6º, por exemplo que, ta disponível para levar aquelas pessoas para resolver suas demandas.*

A narrativa do redutor configura a necessidade de estrutura que vai além dos insumos propostos na PRD. Possivelmente o crescimento e a diversificação das ações nos PRD segundo Nardi e Rigoni (2005) trouxeram novos desafios e configurações do trabalho, relacionados à ampliação da abordagem em campo e a busca por outras formas de sustentar ações, daí o obstáculo citado.

***Maria cheia das graças diz:** Teria que ter mais, é muito frustrante pra gente que estar na rua jogar uma prevenção e não ter respaldo, ou seja, ter algo para encaminhar, para mudar, o que acontece na redução de danos hoje a gente tem algumas redes que nos ajuda, mais é muito pouca, eles também tem limitações muito grande na redução de danos, eu acabo me sentindo que não estou*

fazendo nada o nosso trabalho, é mais amenizar os danos naquele momento naquela pessoa, muitas vezes eu saio arrasada.

O que chama a atenção nas narrativas dos entrevistados é a necessidade de resolver situações relacionadas a “saúde”; Segundo, Manual de políticas do Ministério da Saúde a redução de danos é um conjunto de estratégias que tem objetivo oferecerem alternativas de cuidados a saúde que possam ser adotadas sem abandonar a prática de uso de drogas. Infelizmente, chama a atenção os discursos quase institucionalizados, como se o trabalho do redutor fosse dentro do sistema, sala, porta fechada, resumido: a assistência de redes, tornando-se um discurso igualitário com os de outros profissionais de saúde, esquecendo o grande diferencial, da identidade, da essência, do real papel do redutor de danos, que o nome já responde por si só, aquele que vai e não fica, aquele chega e pede licença (BRASIL, 2006).

Christiane diz: *A estrutura do programa daqui de Brasília, por vezes deixa a desejar, você estar com o usuário ele te pede ajuda e você não pode fazer nada, tipo no campo de Ceilândia, uma me pediu para levá-la ao CAPS e eu não pude, primeiro que não posso levá-la no carro, porque a gente não tem esta estrutura e segundo porque eu sinto uma limitação da equipe, as pessoas pedem muito para gente se resguardar, e isso me dar certa tristeza, por que.*

Outro aspecto referenciado está em torno da forma de **necessidade de supervisão**. Conforme a narrativa dos entrevistados traz a urgência de supervisão. O trabalho, sob esta perspectiva, proporciona aos profissionais procedimentos mais afinados de intervenção e de abordagens, facilitando uma escuta que permita uma melhor compreensão dos problemas. Para Fonseca (2012), compartilhar democraticamente os níveis de conhecimento teórico e de manejo, faz com que, se desenvolva uma maior capacidade de tolerar as diferenças e pode-se evitar que se estabeleçam aristocracias de saberes que podem prejudicar o grupo.

John diz: *assim uma das falhas que eu vejo é que a gente não tem esse suporte apesar de ser gerenciado por psicólogos, é assim eu, eu, percebo que a gente precisaria sim ter um atendimento psicológico porque é um trabalho que suga muito né, e a gente não tem esse respaldo que eu acho que teria que ser um dos primórdios, terem um respaldo, o ano passado a gente conseguiu um psicólogo.*

Uma das dificuldades encontradas pelos redutores de danos se refere a falta de uma supervisão de campo, que possa oferecer um espaço de reflexão e discussão acerca das mobilizações emocionais produzidas pelo seu trabalho. A supervisão atua de forma a sustentar a atuação da clínica, que auxilie os RD a enfrentarem os impasses emocionais frequentes no cotidiano do trabalho.

Maria cheia das Graças diz: *Porque o redutor tem que ter constantemente um autocuidado pelo fato da gente conviver com problemas seriíssimos nas ruas, o redutor fica abalado, a assistência é muito fraca nisto.*

Christiane diz: *Bem... estrutura técnica mesmo, o apoio da coordenação, os próprios redutores em si, parece ter dois grupos coordenação e redutores, bem... quando cheguei, eu era quietinha, só observava, depois que comecei a participar, a falar, a dar minha opinião, parece que tudo mudou, é como se levassem para o lado pessoal, entendeu? Não rende.*

Shara diz: *Uma que até parece engraçada hoje, mais era um dos maiores questionamentos da época, que nós tínhamos, os redutores em si, vindo de uma coordenação que tinha duas psicólogas, e com o respaldo da secretaria de saúde, os redutores de danos não tinham um acompanhamento psicológico periódico, sendo em sua maioria todos dependentes químicos, e cuidar da casa do vizinho e esquecer a sua!*

Essas dificuldades exigem das equipes programarem supervisões e grupos de apoio psicológico e social, facilitando assim a inclusão desses novos integrantes. É dessa forma que vemos a complexidade inerente e as ações em redução de danos, uma vez que, para além da continuidade, é necessário também o apoio - a fim de sensibilizar para a importância da inserção e/ou manutenção das ações em redução de danos - e também uma continuidade de suporte para dar agilidade aos processos burocráticos, efetivo monitoramento e avaliação das ações/projetos e ainda a capacitação, para um maior conhecimento dos processos necessários a inserção e continuidade das ações.

5.2. Potencialidades da redução de danos

Esses depoimentos sugerem que estes profissionais que lidam com a RD entendem sua complexidade e atuam junto ao conceito de prevenção que são intervenções orientadas para evitar o surgimento de doenças e estabelecer o cuidado. Dentro desse contexto, a RD pretende ser encarada como uma alternativa mais efetiva do que as propostas tradicionais baseadas na redução da oferta e/ou abstinência. De acordo com Wodak (apud BASTOS, MESQUITA e MARQUES, 1998, p. 57) “uma das características mais relevantes da RD é sua ênfase sobre a definição e obtenção de objetivos exequíveis, ainda que aquém de metas ideais” e que devem ser valorizados.

John diz: *Quando a gente consegue ver a melhora numa pessoa, que ta fazendo uso, principalmente um alcoolista, ultimamente a gente tem os visto bebendo a cachaça né, e com uma garrafa de água do lado, isso para nos é um ganho, para o restante do serviço de saúde continuam sendo os bêbados, nos percebemos que com isso eles estão ficando menos bêbados, estão tendo mais consciência do uso..... ai a gente consegue fazer com que um, dois deles saiam daquela situação de*

uso, mesmo que não pare, mais saiu da situação marcante de uso, uso pra nós é uma vitória, eu não diria que são poucas, eu diria que elas são pouco perceptivas. As vezes ele estar usando na lata o crack, e as vezes você passa e ele estar usando no cachimbo, poxa já é uma vitória, porque ele esta tendo a consciência de que ele estar cuidando da saúde dele né, isso é redução de danos. Vitórias pequenas mais são vitórias.... e a gente precisa colocar essas vitórias em evidências para dar respaldo ao trabalho, entende as vezes ela é imperceptível para o sistema de saúde, infelizmente.

A base do discurso preventivo e seu objetivo podem ser identificados como: redução do risco de doenças e bem como a relação de vinculação com o redutor. [...] aqueles que adotam os princípios da RD o fazem com base na compreensão de que o uso de drogas é um problema complexo, relacionado a outros aspectos da qualidade de vida. Além disso, a RD permite à criação de um meio não agressivo e acolhedor que envolve os indivíduos que usam drogas num processo aonde as recompensas e o apoio continuado não são apenas consequências de mudanças fundamentais, mas incentivo para ganhos adicionais (PETERSON et al., 2006, p. 733). Repertório identificado nas narrativas abaixo.

Maria cheia das graças diz: *Eu trabalho muito com os (profissionais do sexo) usuários de drogas, amo trabalhar com as minhas meninas, adoro! Tem 5 anos que trabalho na mesma área ou seja campo, então o que faço, elas ficam na BR naqueles puteiros e moram lá dentro, elas não vão ao centro de saúde, tem muita dificuldade, eu consegui convencê-la da necessidade de estarem sempre no centro de saúde, eu levo o centro de saúde até elas, eu faço ações, é muito legal e tem dado certo!*

Shara diz: *Nós não tínhamos condução, íamos de ônibus era uma viagem, mais prazeroso, quando chegávamos parecíamos pinto no lixo, realizávamos nossas oficinas de prevenções e os UDS participavam, trocavam experiência de vida.*

Paes (2002) complementa, relatando que, ao se colocar em prática de ações de redução de danos, desligar-se dos preconceitos relacionados aos usuários de drogas ilícitas e percebe que o melhor a fazer em relação aos mesmos é o diálogo, o entendimento e a empatia pelo trabalho, que torna-se um grande diferencial na fala do redutor.

O compartilhamento aparece na fala como ponto de partida de saberes, construídos pelos próprios usuários, à medida que vão seguindo seus caminhos de vida; uma aposta pedagógica que permite a inclusão de novos atores, fortalecendo e ampliando as práticas dos redutores a partir do diálogo entre eles. Assim, é uma relação de troca de saberes, em que ambos têm a enriquecer reciprocamente conforme depoimento abaixo.

Christiane diz: *Vínculo com o usuário, a promoção da saúde, a prevenção quanto ao uso abusivo, quanto assistência de atendimento e escuta qualificada, a reinserção dessas pessoas na sociedade e no contexto familiar... Acho que isso. Hum..., no campo da Celândia quando eu chego*

a uma roda grande de UD, e todos compartilham as trocas de informações, quando chego e vejo gente nova trazidas pelos UDS veteranos sinto a valorização pelas ações, a troca isso é RD.

O potencial da prevenção terciária, para os RD é quando já há um padrão de abuso e/ou dependência e busca-se diminuir as consequências prejudiciais deste uso, a estratégia de PRD é o compartilhar, trocar, o agir e o passar para o outro o que se está fazendo. No caso do crack - geralmente fumado em cachimbos - que podem variar em sua construção, desde cachimbos de madeira comuns, até confeccionados a partir de latas de alumínio, canos de plástico ou metal, copos de plástico, entre outros. O uso do cachimbo para usuários de crack é uma estratégia empregada por vários PRD e surgiu como uma forma de evitar que o usuário consuma a droga em recipientes, como latas e copos usados, que oferecem risco de intoxicação com resíduos de certos materiais, como plástico e metal.

John diz: *Às vezes está usando na lata o crack, e às vezes você passa e ele está usando no cachimbo, poxa, já é uma vitória, porque ele está tendo a consciência de que ele está cuidando da saúde dele, né, isso é redução de danos.*

Maria cheia das Graças diz: *Eu sempre falo para a..., se a senhora passar naquela BR todas elas já estão vacinadas, testadas e com sua prevenção em dia, e esse trabalho é um trabalho e formiguinha, mais eu sou fascinada por isso, automaticamente eu crio vínculo com as donas dos puteiros, e as donas me ajudam nisso, quando chega uma menina nova, automaticamente comenta com ela e já está encaminhada, ela mais ou menos que obriga, eu chego e cuido das minhas meninas, então é assim, o trabalho é muito bacana.*

No trabalho de campo, o Redutor de Danos põe em prática as estratégias de redução de danos, por meio de ações educativas com seus pares nos locais em que se encontram estes usuários.

Christiane diz: *Hum..., no campo quando eu chego a uma roda grande de UD, e todos compartilham as trocas de informações, quando chego e vejo gente nova trazidas pelos UDS veteranos sinto a valorização pelas ações, a troca. Isso é RD.*

Shara diz: *Depois de muito trabalho, eu consegui fazer com que elas tomassem banho de vez enquanto, bebessem água durante o uso, limpassem o muquiço pelo menos quando elas sabiam que era dia de campo e íamos passar lá, e tínhamos uma equipe de trabalho, todos tínhamos acesso aos UDS, ninguém era dono de ninguém, e quando troquei de campo ficou só a saudade.. De ações de prevenções e campanhas de vacina da hepatite, que eram muito legal lembra! Aproveitávamos-nos as campanhas da Secretaria de Saúde e levava os UDS, esse evento mesmo na Estrutural, juntou uma galera dos redutores e os que eram responsáveis pelo campo batíamos de porta em porta nas casas dos UDS e levamos a mãe, esposas, filhos, marido, faziam um arrastão, e no final vacinava... Era assim, nós aproveitávamos às campanhas do governo para levar até a eles o que às vezes era impossível.*

6. DISCUSSÃO

A compreensão das ações de redução de danos com base nas narrativas dos redutores e correlacionando com os princípios da RD, (pragmatismos, tolerância e compreensão da diversidade) trazem a necessidade imprescindível da preservação dos direitos de escolhas dos usuários, ou seja, compreender que cada usuário estabelece uma relação com seu uso e que o papel do redutor seria criar uma forma de como chegar nesta intimidade e propor o possível e tendo a clareza de que suas ações têm resultados no autocuidado. Mesmo que se compreenda que para os redutores o ideal seria ter um assistencialismo e o acesso as redes de atendimentos de forma concreta e eficaz, sabe-se que isto pode ser muito difícil, demorado ou até mesmo inalcançável Andrade (2002). Conforme as narrativas dos entrevistados, a deficiência na estrutura do monitoramento do trabalho de campo reflete no lado profissional dos redutores, evita-se o olhar ampliado nas ações realizadas, que por sua vez, interfere nas prática dessas ações, ações essas, de entrega de insumos, troca de experiências, a exposição em situações de risco do usuário, tornando a gama de atividades desenvolvidas, sem a devida importância no cenário atual. Segundo Nardi e Rigoni (2005).

Quanto às possibilidades que as drogas existem, sempre existiram e sempre vão existir (...). E, para aqueles que já se tornaram dependentes, (...). Afinal, eles não precisam de quem os julgue, mas de quem os ajude. E este é o papel enquanto profissionais de saúde e acrescentaria o redutor de danos Moreira e Silveira (2006).

Na fala dos redutores, os preservativos, material informativo, a troca de experiência vivenciada com a história de vida, fazem parte de uma etapa de construção de vínculo com as ações de redução de danos e tornando-se estes insumos meios necessários e importantes, utilizados para uma aproximação inicial com o trabalho, os quais são disparadores de desejos e possibilidades reais com o cenário do campo Brasil (2003). O conhecimento passado pelo redutor de danos indica que suas ações de trabalho são satisfatórias, quando de fato são reconhecidos pelos UD's e a vinculação com a população de afinidade, trazendo na figura do redutor alguém que consegue de alguma forma atravessar a exclusão e os estigmas carregados por esta profissão. Que vem de encontro com o que cita Brasil (2004) a definição do papel do redutor como um condutor de ações de redução de danos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossas considerações no que se refere a trajetória da redução de danos, a partir do **olhar do redutor de danos, trazem um elemento em comum que é a valorização da prática pelo próprio redutor, bem como a importância de ter** como eixo norteador, o **diálogo** e como o fio condutor, **“o redutor de danos,” principalmente no que concerne a supervisão** com características de cuidado e acolhimento.

É caminhar no sentido de provocar uma reflexão nas ações de redução de danos por meio do olhar do redutor, para gerenciar junto a equipe a fragilidade no auto cuidado para com o redutor, com o intuito de superar os obstáculos e estimular as potencialidades.

REFERÊNCIAS

ABORDA BRASIL. **Associação Brasileira de Redutores de Danos**

http://www.portalsida.org/Organisation_Details.aspx?orgid=2121 – (acessado em 30.10.2013)

ABIPEME – **Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado – Proposição para um novo critério de classificação sócio-econômica**, 1978. São Paulo (SP): ABIPEME;

ALMEIDA, C.B. Conceitos de redução de danos: uma apreciação crítica. **Boletim de saúde**. V. 17, n.1, 2003.

ALVES, V.S. **Modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no contexto do centro de atenção psicossocial (CAPSad)**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009.

ANDRADE, T. M. Redução de danos: um novo paradigma? **Revista de Psicologia e sociedade**. 2010. p 87- 94.

BASTOS, FI. “Por uma economia simbólica das trocas... de seringas”. In: BASTOS, FI & MESQUITA, F. (orgs.). **Troca de seringas: drogas e Aids. Ciência, debate e saúde pública**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids: Ministério da Saúde, 1998. p. 91-100.

BIGG, D. Substance use management: a harm reduction-principled approach to assisting the relief of drug-related problems. **Journal of Psychoactive Drugs**, San Francisco, v. 33, n. 1, p. 33-38, jan./mar. 2001.

BUENO, R. “Estratégias de Redução de danos em Santos, SP”. In: BASTOS, FI & MESQUITA, F. (orgs.). **Troca de seringas: drogas e Aids. Ciência, debate e saúde pública**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids: Ministério da Saúde, 1998. p. 163-169

BRASIL, C.S. **A perspectiva de Redução de Danos com usuárias de drogas: um olhar sobre os modos éticos de existência**. 2003. Dissertação (Mestrado em psicologia social e institucional). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2003.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Coordenação de DST e AIDS. Manual de Redução de Danos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Coordenação de DST e AIDS. Manual de Redução de Danos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuário de Álcool e outras Drogas**. Ministério da Saúde. 2.ed ver. ampl- Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.32 p.

BRASIL. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional Antidrogas. **Políticas Nacional sobre Drogas**. Brasília; 2005.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e combate à fome. Sumário executivo. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Abril de 2008.

BRASIL. SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2013.

BRUCHER, R. **Drogas e Drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Arte Medica Sul LMTDA, 1992.

BUCHER, R. **Drogas e Sociedade nos Tempos de AIDS**: UnB- Brasília, 1996.

CAMPOS, M. A. ; SAMPAIO, C. M. A. (Orgs). **Drogas, Dignidade e Inclusão Social: A lei e a pratica de redução de danos**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Redução de Danos, 2003.

CEBRID. Levantamento **Nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: Secretaria Nacional Antidrogas; 2005.

DA SILVA, Gilson Mafacioli. Processo de trabalho do supervisor clínico-institucional nos centros de atenção psicossocial (caps) na percepção dos supervisores. 2010.

DOMANICO, A. Controlando a maluquez - A redução no contexto do uso de cocaína injetável. 2001. Dissertação de mestrado do Programa de Pós graduação de Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.

DOMANICO, A; MACRAE, E. J. B. N. **Estratégias de redução de danos para uso de crack**. In: SILVEIRA, D. X; MOREIRA, F. G. Panorama Atual de drogas e dependências. São Paulo: Ed. Atheneu; 2006.

ELIAS, L.A. BASTOS, F.I. Saúde pública redução de danos e a prevenção das infecções de transmissão sexual e sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2011 pp. 4721-4730.

FERREIRA, Léslie Piccolotto et al. Condições de produção vocal de teleoperadores: correlação entre questões de saúde, hábitos e sintomas vocais; Vocal production condition of telemarketing operators: correlation between health issues and vocal habits and symptoms. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol**, v. 13, n. 4, p. 307-315, 2008.

IORE, M. Das controvérsias às cisões: O exemplo da Redução de Danos. In: **Uso de “Drogas”. Controvérsias médicas e debate público**. FAPESP, 2006. p. 97-118.

FILHO, B. D. W. Construcionismo social: alternativa teórica para práticas em psicoterapia. **Psychiatry online Brasil**. v. 17. nº08. Agosto, 2012.

FILHO, N.; et al. **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador. EDUFBA: CETAD, 2009 p. 308. (Coleção drogas: clínica e cultura).

FONSÊCA, Cícero José Barbosa da. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. **Psicologia & Saberes**, v. 1, n. 1, 2012.

FONSECA E, BASTOS F.I. Políticas de Redução de Danos em Perspectiva: Comparando as Experiências Americana, Britânica e Brasileira. In: Acselrad G. 2ª edição. **Avessos do Prazer: Drogas, AIDS e Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.

GARTNER, E. S. Expanded drug interdiction role for the military: policy, process, and potential impact on international relations. **Peace Research Abstracts Journal**. v. 36, n. 4, ago. 1999.

GUERRA, Enrique Serrano. Los procesos de formación dentro de los equipos interdisciplinarios de salud mental. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria**, n. 86, p. 3-4, 2003.

IRAH, **O que é Redução de Danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos**, Londres, Grã Bretanha, 2010.

LURIE, Peter. “Quando a Ciência e a Política Colidem: A Resposta do Governo Federal dos EUA aos Programas de Troca de Seringas”. In: BASTOS, Francisco Inácio & MESQUITA, Fábio (orgs.). **Troca de seringas: drogas e Aids. Ciência, debate e saúde pública**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids: Ministério da Saúde, 1998. p. 73 - 86

MARLATT, redução A. Harm abordagens para o uso de álcool: a promoção da saúde, prevenção e tratamento. **Addictive Behaviors**, v 27, n. 6, p. 867-886, novembro / dez. 2002.

MACRAE, E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEIL, S.B. TOSCANO, JR. A. **Dependência de drogas**. Ed Atheneu. São Paulo, 2001 pp. , 24-35.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1996. p.69

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008. NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; DE MARCO, Mario Alfredo. Humanização e processos comunicacionais: reflexões sobre a relação entre o profissional de saúde eo usuário. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, v. 12, n. 1, p. 49-54, 2010.

MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da; ANDREOLI, Sérgio Baxter. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 807-816, 2006.

NARDI, H. C. RIGONI, R.Q. Marginalidade ou cidadania?A rede discursiva que configura os trabalhos dos redutores de danos. **Psicol Estud.**, v. 10, p. 165-73, 2005.

NÍEL, M.; SILVEIRA, D. X. **Drogas e Redução de Danos: Uma Cartilha para Profissionais de Saúde**.São Paulo:

NOTO A.R. GALDURÓZ, J.C.F. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. 1999 pp. 145-151,

O’HARE, P. **Redução de danos: alguns princípios e a ação prática**. In: MESQUITA, F; BASTOS, F. I (orgs.). **Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos**. São Paulo: Hucitec, 1994.

OLIVEIRA, S. R. M. **Ideologia no Discurso sobre Drogas. Dissertação de Mestrado**: UnB- Universidade de Brasília, 1992.

PAES, P. C. D. **Tá legal: construindo uma política de redução de danos no Estado do Mato Grosso do Sul, fronteira com a Bolívia.** Campo Grande: Micruart, 2002.

PEREIRA, V.F.S. **Um estudo da experiência de implementação do programa de redução de danos ao uso de drogas no Distrito Federal.** 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro. Out, 2007.

PETERSON, J. et al. Getting clean and harm reduction: adversarial or complementary issues for injection drug users. Tradução: Maria Cristina Itokazu. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 4, p. 733-740, abr. 2006.

PETUCO, D.R.S. **Drogas e cidadania: uma análise comparada da implementação de políticas de redução de danos nas cidades de porto alegre e santos.** UFRS, Porto Alegre, jul, 2006.

RELATÓRIO CEBRID, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, Escola Paulista de Medicina, 2005

REVISTA SUPER INTERESSANTE. Drogas: O que fazer a respeito. Rio de Janeiro:Ed.Abril, Edição 172, jan.2002.

RIBEIRO, E. **A construção social do problema da dependência de drogas: estudo antropológico dos discursos e representações mantidos por instituições de tratamento em Porto Alegre/RS.** 1999. Tese de Doutorado. UFRGS, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Antropologia Social. 1999.

SAWAIA, B. et. al. **As artimanhas da exclusão. Análise psicossocial e ética da desigualdade social.** Ed Voes, 2º Ed. Petrópolis, 2001.

SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration. - Office of Applied Studies: 1999-2000 National Household Survey on Drug Abuse. U.S. Department of Health and Human Services, 2006. Disponível em: <http://www.samhsa.gov>)

SANTOS, V.E. **O objeto/sujeito da Redução de Danos: Uma análise na literatura sob a perspectiva da Saúde coletiva.** 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

STIMSON, GV. “A Aids e o uso de drogas injetáveis no Reino Unido, 1987 – 1993: As Políticas Públicas e a Prevenção da Epidemia”. In: BASTOS, FI & MESQUITA, F. (orgs.). **Troca de seringas: drogas e Aids. Ciência, debate e saúde pública.** Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids: Ministério da Saúde, 1998. p. 9 – 54

SPINK, M.J. LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M.J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** 2.ed. São Paulo: Cortez, 2004. p.93-122

SPINK, M.J.P. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas.** São Paulo. Cortez, 2004

SPINK, Mary Jane, 2000 e Coulon, 1995 **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano.** Edipucrs, 2000

TREASTER, J. B. It's not legalization, but a user-friendly drug strategy. **The New York Times**, Nova York, p. 10, 19 dez. 1993.

TATARKSI, A. (Org.). **Psicoterapia Redução de Danos**: um novo tratamento paa problemas de drogas e álcool. Northvale: Jason Aronson, 2002.

TSUI, Ming Sum. A abordagem da redução de danos: uma perspectiva internacional. **Serviço Social Internacional**, v. 42, n. 2, p. 243-251, abr. 2000.

APÊNDICE A

Perguntas norteadoras

1. O que você pensa sobre a Redução de danos?
2. O que você sinaliza como alcance da redução de danos?
3. O que você identifica como limite da redução de danos?

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto: A Redução de Danos na Perspectiva do Redutor de Danos Desenvolvido por Josenaide Engracia Dos Santos.

O objetivo desta pesquisa é: Compreender as ações de Redução de Danos na perspectiva do Redutor de Danos. O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação será através de entrevista que o (a) senhor (a) deverá responder no Centro Regional de Saúde de Ceilândia na data combinada com um tempo estimado para sua realização: 50 minutos. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder a entrevista. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que o (a) senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Josenaide Engracia Dos Santos, na Universidade de Brasília telefone: (61) 3107-8418, no horário: das 08 às 17h. Maiores informações pelo telefone (61) 9164-0758. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação a assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

ANEXO B

MAPAS DE ASSOCIAÇÃO DE IDEIAS: Christeane

Objetivo Geral:

Compreender as ações de redução de danos na perspectiva do redutor de danos.

Objetivos Específicos:

1 - Descrever possíveis limites das ações redução de danos a partir do olhar do redutor de danos;

2 - Identificar os alcances das ações de redução de danos a partir do olhar do redutor de danos.

Perguntas Norteadoras: Como esses profissionais percebem as ações de redução de danos em seus limites e alcances?

Nome	Descrever (limites)	Visão	Nomeiam	Identificar (alcance)
C H R I S T I A N E	Estrutura do programa daqui de Brasília, por às vezes você estar com o usuário ele te pede ajuda e você não pode fazer nada, tipo no campo de Ceilândia, uma UD me pediu para levá-la ao CAPs e eu não pude. Primeiro: que não posso levá-la no carro, porque agente não tem esta estrutura e segundo: porque eu sinto uma limitação da equipe, as pessoas pedem	O que vem... Ações voltadas para minimização dos danos, tanto de natureza biológica, como psicossocial, até estendendo a mais, para essa questão saúde, eu acho que redução de danos fala muito de afetividade, de vinculação diferenciada, de uma aproximação	E quando faz redução de danos, eu penso logo em todas as esferas que ela pode alcançar inclusive esta questão da afetividade, que eu acho bem forte. Mais você só sabe o que é RD quando você vai pro campo.	Vínculo com o usuário, a promoção da saúde, a prevenção quanto ao uso abusivo, quanto a assistência de atendimento e escuta qualificada, a reinserção dessas pessoas na sociedade e no contexto familiar... Acho que isso. Hum..., no campo da Ceilândia quando eu chego em uma roda grande de UD, e todos compartilham as trocas de informações, quando chego e vejo gente nova trazidas pelos UDS veteranos sinto a valorização

	<p>muito para gente se resguardar, e isso me dá uma certa tristeza, porque agente poderia ajudar de uma forma maior, mais a gente não é respaldado.</p> <p>Bem... Estrutura técnica mesmo, o apoio da coordenação, os próprios redutores em si, parece ter dois grupos coordenação e redutores, bem... quando cheguei, eu era quietinha, só observava, depois que comecei a participar, a falar, a dar minha opinião, parece que tudo mudou, é como se levassem para o lado pessoal, entendeu? Não rende.</p> <p>Sim, é como se o redutor não tivesse fala, só obedecesse. Quando você se opõe, eles, de certa forma, te</p>	com o usuário.		<p>pela ações, a troca. Isso é RD</p>
--	--	----------------	--	---------------------------------------

	<p>ameaçam sutilmente, falam das normas de convivência, com parágrafos e tudo, o que o reduzidor pode e o que ele não pode fazer, é como se não pudessem perder o controle da situação, RD é dar escuta ao outro! E como assim?</p> <p>Temos nenhuma assistência, terapia ou qualquer outra coisa.</p>			
--	--	--	--	--

MAPAS DE ASSOCIAÇÃO DE IDEIAS: Maria cheia das graças

Objetivo Geral:

Compreender as ações de redução de danos na perspectiva do redutor de danos.

Objetivos Específicos:

1 - Descrever possíveis limites das ações redução de danos a partir do olhar do redutor de danos;

2 - Identificar os alcances das ações de redução de danos a partir do olhar do redutor de danos.

Perguntas Norteadoras: Como esses profissionais percebem as ações de redução de danos em seus limites e alcances?

Nome	Descrever (limites)	Visão	Nomear	Identificar (alcances)
M A R I A C H E I A D A S G	Pois é, a assistência é complicada o autocuidado com o redutor é complexo, porque deixa muito à desejar. Porque o redutor tem que ter constantemente um autocuidado pelo fato da gente conviver com problemas seríssimos nas ruas, o redutor fica abalado, a assistência é muito fraca nisto.	Redução de danos pra mim é maravilhoso! Porque, depois que eu comecei a fazer redução de danos eu consegui conciliar a minha vida, meu relacionamento com minha mãe, comigo, relacionamento com pessoas, você começa a abrir seus horizontes pra coisas simples da vida, redução de danos fez isso comigo. Redução de danos é tudo!!! “Risos”, não é trabalhar em	Trabalho é fantástico! É estar com a pessoa, é o autocuidado, é o carinho que você tem é o autocuidado consigo mesmo... Você não tem que parar de tomar remédio e nem diminuir porque o tratamento vai ficar mais lento, isso é RD.	Eu trabalho muito com os profissionais do sexo, usuárias de drogas. Amo trabalhar com as minhas meninas, adoro! Tem cinco anos que trabalho na mesma área, ou seja, campo, então o que faço: elas ficam na BR, naqueles puteiros e morram lá dentro. Elas não vão ao centro de saúde, tem muita dificuldade, eu consegui convencê-las da necessidade de estarem sempre no centro de saúde, eu levo o centro de saúde ate elas, eu faço ações, é muito legal e tem dado certo!

<p>R</p> <p>A</p> <p>Ç</p> <p>A</p> <p>S</p>	<p>O autocuidado, ele é importante em todas as áreas da vida da gente, principalmente com o redutor de danos, ele está exposto, entendeu? Ao perigo. Ele está exposto às situações.</p> <p>Sim, no início teve muita dificuldade, graça a Deus que tenho uma família estruturada, que procurei ajuda psicóloga, separadamente da redução de danos, mais eu vejo muito ali que precisam, tem dificuldades e deixam muito a desejar, é o que acontece, é muito complicado.</p> <p>Teria que ter mais. É muito</p>	<p>redução de danos, eu trabalho em redução de danos pra vida toda. Agente reduz nossos danos à vida inteira, então, redução de danos é isso!</p> <p>Completamente diferente aí você tem que ser psicólogo, tem que ser mãe, tem que ser tudo junto.</p>		<p>Eu sempre falo para a Dr^a. ... Se a senhora passar naquela BR de Planaltina todas elas já estão vacinadas, testadas e com sua prevenção em dia, e esse trabalho é um trabalho e formiguinha, mais eu sou fascinada por isso, automaticamente eu crio vínculo com as donas dos puteiros, e as donas me ajudam nisso, quando chega uma menina nova, automaticamente comenta com ela e já está encaminhada, ela mais ou menos que obriga, eu chego e cuido das minhas meninas, então é assim, o trabalho é muito bacana.</p> <p>Quando você tem uma meta, um objetivo, você supera estas dificuldades, você atropela as dificuldades e acontece, e fluem, então é assim este trabalho é fantástico!</p>
---	---	--	--	--

	<p>frustrante pra gente que está na rua, jogar uma prevenção e não ter respaldo, ou seja, ter algo para encaminhar, para mudar,</p> <p>O que acontece na redução de danos hoje agente tem algumas redes que nos ajuda, mais é muito pouca, eles também têm limitações muito grande na redução de danos, eu acabo me sentindo que não estou fazendo nada, o nosso trabalho é mais amenizar os danos naquele momento, naquela pessoa. Muitas vezes eu saio arrasada, por isso entra o autocuidado com o redutor, porque é limitado.</p>			
--	---	--	--	--

	<p>É que eu ficava só naquela de falar de RD, RD, e não conseguia alcançar mais objetivos... Eles me travam. Falavam vai devagar. Menos. Mais o que é RD?</p> <p>Pois é...</p> <p>Precisa melhorar muita coisa. O pagamento do redutor é complicado se recebe de dois em dois meses, através de uma ONG. Sempre tinha atrasos.</p>			
--	--	--	--	--

MAPA DE ASSOCIAÇÃO DE IDEIAS: Shara

Objetivo Geral:

Compreender as ações de redução de danos na perspectiva do redutor de danos.

Objetivos Específicos:

1 - Descrever possíveis limites das ações redução de danos a partir do olhar do redutor de danos;

2 - Compreender os alcances das ações de redução de danos a partir do olhar do redutor de danos.

Perguntas Norteadoras: Como esses profissionais percebem as ações de redução de danos em seus limites e alcances?

Nº	Descrever (limites)	Visão	Nomeiam	Identificar (alcances)
S H A R A	<p>Diários, não existe um limite específico, eu venho de uma época de redução de danos, que os meus limites eram pessoais, eram profissionais, eram de conhecimento e ao mesmo tempo para outros eram simplesmente de receber o salário.</p> <p>Uma que ate parece engraçada hoje, mais era um dos maiores questionamentos da época, que nós tiamos, os redutores em si, vindo de uma coordenação que tinha duas psicólogas, e com o respalda da secretaria de saúde, os redutores de danos não tinham um</p>	<p>“ vou apertar mais não vou acender agora, se segura malandro pra fazer a cabeça tem hora” e pra completar “deixa a vida me levar, vida leva eu,.....sou feliz e agradeço tudo que meu deus me deu”, para mim é isso desafio, e minha velha e companheira frase é: Viver um dia de cada vez! Isso é redução de danos;</p>	<p>Pra mim ser redutor de danos é uma arte;</p>	<p>Nos não tiamos condução irmos de ônibus era uma viagem, mais prazeroso, quando chegávamos perecíamos pinto no lixo, realizávamos nossas oficinas de prevenções e os UDS participavam, trocavam experiência de vida,</p> <p>Depois de muito trabalho, eu conseguir fazer com que elas tomassem banho de vez enquanto, bebessem água durante o uso, limpassem o muquifo pelo menos quando elas sabiam que era dia de campo e íamos passar la, e tínhamos uma equipe de trabalho, todos tiamos acesso aos uds, ninguém era dono de ninguém, e quando troquei de campo ficou</p>

	<p>acompanhamento psicológico periódico, sendo em sua maioria todos dependentes químicos, e cuidar da casa do vizinho e esquecer a sua,</p> <p>Para quem era alfabetizado sim, pois recebíamos informações sobre as drogas de forma teóricas e depois tínhamos que explicar para alguns que eram semi - analfabetos, a coordenação nunca se preocupou em incentivar esses a voltarem a estudar, o importante era ter acesso aos uds para abrir campos;</p> <p>Quando chegava a sexta feira, puta que pariu , era só estresse com a coordenação, elas não deixavam agente falar ficávamos só lendo relatório, quando trazíamos as demandas muitas vezes éramos motivos de discussão, e todos saíam pilhados;</p>			<p>só a saudade.. De ações de prevenções e campanhas de vacina da hepatite, que eram muito legal lembra!</p> <p>Aproveitávamos-nos as campanhas da secretaria de saúde e levava os uds, esse evento mesmo na Estrutural, juntou uma galera dos redutores e os que eram responsáveis pelo campo batíamos de porta em porta nas casas dos uds e levamos, a mãe, esposas, filho, marido, fazíamos um arrastão, e no final vacinava..... era assim, nos aproveitávamos as campanhas do governo para levar ate a eles o que as vezes era impossível;</p>
--	---	--	--	---

MAPA DE ASSOCIAÇÃO DE IDEIAS: John

Objetivo Geral:

Compreender as ações de redução de danos na perspectiva do redutor de danos.

Objetivos Específicos:

1 - Descrever possíveis limites das ações redução de danos a partir do olhar do redutor de danos;

2 - Compreender os alcances das ações de redução de danos a partir do olhar do redutor de danos.

Perguntas Norteadoras: Como esses profissionais percebem as ações de redução de danos em seus limites e alcances?

Nome	Descrever (limites)	Visão	Nomeiam	Identificar (alcance)
J O H N	Complicado e frustrante, porque o nosso trabalho ele é limitado, por enes motivos, dificultadores que agente passa, por exemplo, é..agente tem um carro mais não tem...o carro que servi pra determinada atividade,para a locomoção da equipe de redução de danos,determinado local, a minha frustração é exatamente nisso, agente não tem..Tanto só argumento,mais agente precisa de mais,eu adoraria se tivesse uma combi, pra fazer só o setor comercial sul de segunda a sexta ,por	Às vezes a nossa limitação é cultura, porque, porque assim, lidamos com pessoas que não tem nada, não são nada, não esperam nada da vida, que estão em uma situação extremamente debilitada e quando você tenta uma aproximação, a pessoa simplesmente se esquiva ou fala que não quer, e você se sente um nada. A minha percepção com o	Cuidado, cuidado.... Complicado e frustrante, Eu vejo um programa de acesso aos invisíveis, preconceitos...	Quando agente consegue ver a melhora numa pessoa, que tá fazendo uso,principalmente um alcoolista.Ultimamente agente tem visto eles bebendo a cachaça, né e com uma garrafa de água do lado,isso para nós é um ganho,para o restante do serviço de saúde continuam sendo os bêbados, nós percebemos que com isso eles estão ficando menos bêbados,estão tendo mais consciência do uso, ai agente consegue fazer com que um,dois deles saiam daquela situação de uso,mesmo que não pare,mais saiu da situação marcante de uso, uso pra nós é uma vitória,eu não diria que são poucas,eu diria que elas são pouco

	<p>exemplo, que ta disponível para levar aquelas pessoas para resolver suas demandas.</p> <p>Local.....os nossos objetos de trabalho é que são falhos,eu acredito nisso.</p> <p>Transporte para levar essas pessoas, a própria rede que muitas vezes não funciona. Assim uma das falhas que eu vejo que agente não tem esse suporte apesar de ser gerenciado por psicólogos,é assim eu, eu percebo que agente precisaria sim ter um atendimento psicológico porque é um trabalho que suga muito, né, e agente não tem esse respaldo que eu acho que teria que ser um dos primórdios, ter um respaldo. O ano passado agente conseguiu uma psicóloga.</p>	<p>outro, ou melhor, de tratar o outro, mas de perceber o outro.</p> <p>Como um facilitador, eles abriram as portas,</p> <p>É um acesso além da saúde, usa a saúde como ferramenta ate porque é um programa dentro da gerência, de DST e tal,e enfim,mais é muito mais do que saúde RD,quando eu falo de acesso ,eu falo de pessoas comprometidas, outras não,com historias maravilhosas que você atende.</p> <p>O perfil dos redutores anterior enraizou algumas coisas: preconceitos, algumas demandas e algumas desconfianças em relação à equipe, né, e aos poucos agente está quebrando isso, a coordenação</p>		<p>perceptivas.Às vezes está usando na lata o ele crack, e às vezes você passa e ele está usando no cachimbo, poxa, já é uma vitória, porque ele está tendo a consciência de que ele está cuidando da saúde dele, né, isso é redução de danos.Vitórias pequenas, mais são vitórias.</p> <p>E a gente precisa colocar essas vitórias em evidências para dar respaldo ao trabalho, entende? Às vezes ela é imperceptível para o sistema de saúde, infelizmente.</p> <p>Só que assim, é importante perceber que as coisas vão mudando, os tempos vão mudando, e os redutores também, tanto que agora, temos um grupo mais coeso,</p>
--	---	--	--	---

		<p>estava acostumada com um tipo de redutor, já ouvi relatos que já houveram brigas com armas brancas lá dentro da reunião, e hoje não existe mais, hoje é um outro nível, eu acredito que agente tenha melhorado, até porque é uma galera que tem um acesso melhor à informação.</p>		
--	--	---	--	--

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AS AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS NA PERSPECTIVA DO REDUTOR DE

Pesquisador: JOSENAIDE ENGRACIA DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32841514.5.0000.5553

Instituição Proponente: Hospital Regional de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 799.578

Data da Relatoria: 22/09/2014

Apresentação do Projeto:

O uso de substâncias psicoativas é uma atividade milenar. Essa prática é bastante complexa, e sua compreensão é carregada de conotações sócio-culturais. O consumo indiscriminado de drogas, incluindo o fenômeno de medicalização, e comportamentos compulsivos são sinais de vulnerabilidade, fragilidade da capacidade integradora do corpo social.

Os redutores de danos são indivíduos que vão á campo, ou seja, local utilizado pelo usuário de drogas para consumo sendo fixo ou não, realizando contato com as pessoas para estabelecimento de vínculo, apresentando propostas de trabalho para a população alvo, dialogam e trocam não apenas os equipamentos, mas sentimentos, informações e experiências de vida, fazem a identificação dos usuários, território e tipo de substancia mais utilizada, em cada área executam as tarefas de prevenção e promoção à saúde, visando à mudança de hábitos frente às drogas.

Profissionais de saúde que estejam motivados e que tenham empatia para trabalhar com o objetivo de promover saúde aos usuários de drogas, vem ocupando um novo espaço com alguma medida de condutas e segurança nas estratégias de aproximação, entre redutores e usuários.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

- Compreender as ações de redução de danos na perspectiva do redutor de danos.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 799.578

Específicos:

- Descrever possíveis limites das ações redução de danos a partir do olhar do redutor de danos;
- Compreender os alcances das ações de redução de danos a partir do olhar do redutor de danos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os sujeitos foram adequadamente identificados. Os benefícios apresentam-se com maior magnitude em relação aos riscos aos sujeitos da pesquisa, onde se espera que o conhecimento adquirido na pesquisa possa contribuir para o desenvolvimento de alternativas efetivas para intervenção do redutor de danos em perspectiva futura. Os antecedentes científicos que justificam a pesquisa foram apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa qualitativa. O estudo será realizado no Centro de Saúde de Brasília nº 11, sede do programa de Redução de Danos/Núcleo da Gerência de DST/AIDS e Hepatites Virais da SES/DF, no período de fevereiro a junho de 2014, com 05 sujeitos da pesquisa.

O estudo será realizado com os redutores de danos, utilizando-se como instrumento de coleta uma entrevista semi-estruturada.

A análise dos dados será realizada através do Mapa de Associação de Idéias, que é um recurso de visualização, dando subsídios ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos do processo interpretativo.

As participações dos sujeitos serão voluntárias, tendo como critério a assinatura do TCLE. O presente estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: Apresentada. Documento assinado pela Coordenação Geral de Saúde da Asa Norte/SES/DF.

Termos de Concordância: Apresentados.

Curriculum Vitae do(s) pesquisador(es): Apresentados.

Cronograma da Pesquisa: Apresentado.

Planilha de orçamento:

Apresentada. TCLE: Apresentado.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 799.578

Critérios de Inclusão: Definido.

Recomendações:

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos sujeitos da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, que só poderá iniciar após aprovação pelo CEP/FEPECS/SES/DF.

O pesquisador deverá encaminhar relatório final ao término da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Projeto Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 22 de Setembro de 2014

Assinado por:
LUIZ FERNANDO GALVÃO
SALINAS (Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPCS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

